

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-478229

53318

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>101111111111</u> Société : <u>RAM</u>			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>OUZIN NEDRI</u>			
Date de naissance : <u>30/06/1943</u>			
Adresse : <u>Hay Salama 3 G3 B100 Casablanca</u>			
Tél. : <u>06 62 33 33 33</u> Total des frais engagés : <u>39,30</u> Dhs			

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/03/2020

Nom et prénom du malade : M. OUZIN DRIS

Age : 77  
 Lui-même     Conjoint  
 Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Maladie chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CSA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/03/2020

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-478229

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/07/2012	CS	G		INP : E

EXÉCUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
CACHET DE PHARMACIE BOUZIA Latifa KHENIBOUZIA 52-184, 2d. Sidi Hammoud Casablanca 3 - Casablanca 037-01-25 - Fax: 0522-58-55-71 29/09/20	99,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/01/2023		150,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Nature des Soins</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Coefficient</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)																
		<b>INP :</b> <input type="text"/> / <input type="text"/>																		
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																		
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																		
		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
		<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		35533411	00000000	11433553	00000000
H		G																		
25533412	00000000	21433552	00000000																	
D		B																		
35533411	00000000	11433553	00000000																	
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																		
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																		
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																		
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		

Dermatologie - Vénérologie  
 Lasers Dermatologiques  
 Dermatologie Esthétique  
 Chirurgie dermatologique  
 Ex Interne du CHU Ibn Rochd  
 et de l'université Saint Quentin  
 en yvelines Paris

إختصاصية في : أمراض الجلد ، الشعر والأظافر  
 إزالة الشعر والأوشام بالليزر  
 طب التجميل ، جراحة الجلد  
 طبية داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي  
 إن رشد بالدار البيضاء و جامعة  
 سان كونتني أو ليفلين - باريس

Le 23/03/2020.

HL = OUTINE DISK

16,80

1) Glucophage Lommade :

2x1/2x4/5, puis 1x1/2x4/5, puis 1/2x4/5

puis 1/3x4/5, puis 1x1/2x4/5, puis 2/3x4/5

Sur le kilo rouge du long

2) Sedacut cream :

2x1/2x4/5, sur le kilo rouge

3) labiflux cp : 

1/4x1/2x1/2, le moins, jusqu'à dej

1: 99,70

PHARMACIE EN M'SICK  
 Dr Latifa CHENOUBI, Pharmacienne  
 182, 184, Bd. Mohammed BOUZIANI  
 Hay salama 3, Casablanca - 20.700  
 Tel: 0522 37-01-25, Fax: 0522 59-55-71

